



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЛАНИРУЕМОМ ДЕЙСТВИИ
ОТКАЗ, ПРЕКРАЩЕНИЕ ИЛИ ИСТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ
PLANNED ACTION NOTICE
ELIGIBILITY DENIAL, TERMINATION, OR EXPIRATION**

ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА/ЗАЯВИТЕЛЯ

ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Уважаемый (ая)

РЕШЕНИЕ О ПРАВЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ

Начиная с _____ вы **ТЕРЯЕТЕ ПРАВО** быть клиентом отдела **DDD**, поскольку:

Вы не удовлетворяете критериям в отношении любых заболеваний, дающих право на получение помощи и характерных для вашего возраста.

До шести (6) лет

WAC 388-823-0810 по 0850

От шести (6) до девяти (9) лет

WAC 388-823-0810 по 0850

От десяти (10) лет и старше

WAC 388-823-0200 по 0710

WAC 388-823-0200 по 0710

(См. прилагающийся Обзор оснований и Таблицу оснований)

Срок действия вашего права истекает в ваш

WAC 388-823-1005 и WAC 388-823-1040

4-й день рождения

10-й день рождения

Вы получили инвалидность в возрасте 18 лет или старше.

WAC 388-823-0040

Вы не являетесь жителем штата Вашингтон

WAC 388-823-0050 и WAC 388-823-1020

Предполагается, что ваша инвалидность не будет постоянной.

WAC 388-823-0040

Вы или ваш законный представитель попросили прервать ваше право быть клиентом отдела **DDD**.

ЧТО ПРОИЗОЙДЕТ ДАЛЬШЕ?

В настоящее время вы получаете платные услуги от отдела **DDD**. Следующие услуги не будут предоставляться по истечении срока действия или в случае прерывания вашего права: (RCW 71A.16.020)

Исключительные услуги HCBS

Дополнительные выплаты штата через отдел **DDD**

Личный уход по программе Medicaid

Другие услуги

Услуги поддержки семей



УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЛАНИРУЕМОМ
ДЕЙСТВИИ
ОТКАЗ, ПРЕКРАЩЕНИЕ ИЛИ
ИСТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ПРАВА
НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ОТДЕЛА DDD
ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ
В соответствии с главой 388-02
правил проведения слушаний DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

Почтовый адрес: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

Факс: 360-586-6563

Я подаю запрос на проведение слушания в связи с тем, что я не согласен со следующим решением Отдела помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD) относительно услуги или права на получение услуг отдела.

ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
АДРЕС ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)		<input type="checkbox"/> АВТООТВЕТЧИК

Я получил уведомление о решении: _____ от: _____
ДАТА НАЗВАНИЕ И МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ОФИСА DSHS

Я желаю получать постоянную помощь, если я имею на нее право: Да Нет

Программа: _____

Меня представляет (если вы намерены представлять себя сами, не заполняйте следующие две строки):

ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ
		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Я разрешаю раскрывать моему представителю информацию, связанную с моим слушанием.

ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА
--------------	------

Требуются ли вам услуги переводчика, другая помощь или специальные условия при проведении слушания? Да Нет

Если да, укажите язык или необходимую помощь _____

Судьи по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону. Если вы предпочитаете личное слушание, следуйте инструкциям, представленным в Уведомлении о слушании (Notice of Hearing), которое будет отправлено вам Управлением административных слушаний (Office of Administrative Hearings, OAH).

**INSTRUCTIONS FOR DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION
NOTICE FOR DENIAL, TERMINATIONS, EXPIRATIONS**

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
2. The Planned Action Notice has five (5) sections.
 - Decision
 - Appeal rights
 - Summary of Evidence
 - Evidence Table
 - Request for Appeal
3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is less than age eighteen (18);
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relative;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date
 - Initial denial is the date generated by the IE application.
 - Expiration is 4th or 10th birthday.
 - 18 year old review is 18th birthday (allow a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days)
 - For other reviews, terminate the last of the month allowing a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days from mailing date.
2. Services: For terminations/expirations, check one of the boxes related to paid DDD services.
 - Check the DDD services that terminate with the eligibility.
 - You do not have to send an additional service Planned Action Notice since the "action" is the eligibility decision.
3. Other service options: Identify other DSHS and non-DSHS service options.
4. "Your Appeal Rights": Check the correct decision. At least one box must be checked.
 - If it is a termination of a currently eligible client, you must fill in the date for requesting a hearing and maintaining eligibility and services.

The appeal date is calculated by counting 10 days from the mailing of the Planned Action Notice and extending to the end of the month of the 10th day.

- The appeal date must be prior to or the same as the effective date. (See #1 above)
- The 10th day must be a working day.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
 - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
 - the last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
 - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
 - the last day of the month of the 10th day is November 30th.

5. Summary of Evidence

- Complete the Summary section(s) relevant to the applicant/client age.
 - Children under age six (6): send only the Evidence Table "Children Under Age Ten (10)"
 - Children age six (6) through age nine (9): send both Evidence Tables
 - Persons age ten (10) and older: send only the Evidence Table for "Persons Age Six (6) and Older"

Distribution

1. The client and representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.
2. Put a copy in the client file.
3. Allen/Marr Class Members (see policy 11.01 and 11.03)
 - WPAS
 - RSN
 - MH CRM
 - Mental Health Program Manager in DDD Headquarters

ОБЗОР ОСНОВАНИЙ

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПРАВА НА УСЛУГИ ОТДЕЛА DDD

ДОСТАТОЧНО ОСНОВАНИИ	НЕДОСТАТОЧНО ОСНОВАНИИ	НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ	ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПРАВА НА УСЛУГИ ОТДЕЛА DDD	ПРАВИЛО DSHS (WAC)
			(1) Вам шесть (6) лет или более и вы имеете инвалидность, которая относится к одному или нескольким из следующих заболеваний:	388-823-0040 (1)(a)
			(a) задержка умственного развития или	
			(b) церебральный паралич или	
			(c) эпилепсия или	
			(d) аутизм или	
			(e) другое неврологическое заболевание или	
			(f) другое заболевание, признанное отделом DDD как тесно связанное с задержкой умственного развития или требующее лечения, аналогичного лечению лиц с задержкой умственного развития;	
			и	388-823-0040 (1)(b)
			(2) Ваша инвалидность появилась в возрасте до 18 лет;	
			и	388-823-0040 (1)(c)
			(3) Предполагается, что ваша инвалидность будет постоянной;	
			и	388-823-0040 (1)(d)
			(4) Ваша инвалидность вызывает существенные ограничения адаптивных функций.	
			или	388-823-0800 (4)
			(5) Вам менее 10 лет и:	
			(a) вы имеете задержки развития или	
			(b) у вас синдром Дауна или	
			(c) ваше заболевание слишком тяжелое и не поддается оценке или	
			(d) вы имеете право на участие в программе интенсивного медицинского обслуживания на дому (Medically Intensive Home Care Program)	

Примечание:

“Недостаточно оснований” означает отсутствие полученных оснований или несоответствие оснований критериям WAC. Конкретные требования WAC перечислены в прилагаемой Таблице оснований.

Если вам десять лет или более, требования (2) – (5) будут отмечены как “не имеет отношения”, если вы не соответствуете условию получения права, указанному в пункте (1).

Если вам менее шести лет, требования (1) – (4) будут отмечены как “не имеет отношения”, за исключением следующего:

- Требование (4) применимо только к заболеванию задержки развития.

ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

**ТАБЛИЦА ОСНОВАНИЙ
ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ДЕСЯТИ (10) ЛЕТ**

Вы не имеете права быть клиентом отдела DDD. В данном обзоре перечислены необходимые основания для каждого вида инвалидности вследствие порока развития в соответствии с WAC 388-823.

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ	ДИАГНОЗ, ПОСТАВЛЕННЫЙ СООТВЕТСТВУЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТОМ	СУЩЕСТВЕННОЕ ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ ОСНОВАНИЕ
Задержки развития WAC 388-823-0810 - 388-823-0850	Не требуется постановки диагноза	Оценка уровня развития или оценка задержек развития Задержки, соответствующие 1,5 стандартным отклонениям ниже среднего уровня: С рождения до 2 лет: 1 задержка или более С 3 до 9 лет: 3 задержки или более
Болезнь Дауна WAC 388-823-0810(2) WAC 388-823-0820	Болезнь Дауна, диагностированная терапевтом, имеющим лицензию	Не определено
Слишком тяжелое состояние для проведения оценки WAC 388-823-0810(4) WAC 388-823-0820	Состояние является слишком тяжелым для проведения оценки терапевтом или психологом, имеющим лицензию	Не определено
Состояние, требующее оказания интенсивной медицинской помощи WAC 388-823-0810(3) WAC 388-823-0820	Право на участие в Программе интенсивной медицинской помощи на дому Департамента DSHS (DSHS Medically Intensive Home Care Program) от Директора Департамента DSHS/HRSA	Не определено

ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

ТАБЛИЦА ОСНОВАНИЙ
ДЛЯ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ШЕСТИ (6) ЛЕТ И СТАРШЕ

Вы не имеете права быть клиентом отдела **DDD**. В данном обзоре перечислены необходимые основания для каждого вида инвалидности вследствие порока развития в соответствии с **WAC 388-823**.

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ	ДИАГНОЗ, ПОСТАВЛЕННЫЙ СООТВЕТСТВУЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТОМ	СУЩЕСТВЕННОЕ ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ ОСНОВАНИЕ
<p>Задержка умственного развития WAC 388-823-0200 - 388-823-0230</p>	<p>Оценка задержки умственного развития, проведенная психологом, имеющим лицензию, или сертифицированным школьным психологом Болезнь Дауна, диагностированная терапевтом, имеющим лицензию</p>	<p>Результат психологической оценки, включая адаптивную оценку и полномасштабный показатель IQ, показывающий более двух стандартных отклонений ниже среднего уровня И Отсутствие подтверждения психического расстройства, психического заболевания или несвязанного заболевания или травмы, влияющей на проведение диагностики или способность к адаптации.</p>
<p>Церебральный паралич WAC 388-823-0300 - 388-823-0330</p>	<p>Церебральный паралич, диагностированный терапевтом, имеющим лицензию Паралич четырех конечностей, диагностированный терапевтом, имеющим лицензию Паралич головы и шеи, диагностированный терапевтом, имеющим лицензию Двусторонний паралич, диагностированный терапевтом, имеющим лицензию</p>	<p>Присутл в возрасте до 3 лет И Подтверждение необходимости оказания физической помощи при выполнении одного или нескольких из следующих действий: пользование туалетом, ванной, прием пищи, одевание, перемещение или общение.</p>

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ	ДИАГНОЗ, ПОСТАВЛЕННЫЙ СООТВЕТСТВУЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТОМ	СУЩЕСТВЕННОЕ ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ ОСНОВАНИЕ
<p>Эпилепсия МАС 388-823-0400 - 388-823-0420</p>	<p>Эпилепсия, диагностированная невропатологом, имеющим сертификат Совета, либо Приступ эпилепсии, диагностированный невропатологом, имеющим сертификат Совета</p>	<p>Диагноз, основанный на истории болезни и неврологической проверке Подтверждение терапевтом или невропатологом неконтролируемых и постоянных или повторяющихся приступов И Результаты адаптивной оценки, показывающий более 2 стандартных отклонений ниже среднего уровня по одной из следующих шкал: Шкала Вайнленда; или SIB-R за прошедшие 3 года; или ICAP за прошедшие 2 года</p>
<p>Аутизм МАС 388-823-0500 - 388-823-0515</p>	<p>Аутизм или аутистический припадок на уровне 299,00 по DSM-IV-TR, диагностированный невропатологом или психиатром, имеющим сертификат Совета, психологом, имеющим лицензию, или педиатром по вопросам развития и поведения, имеющим сертификат Совета.</p>	<p>Подтверждение задержки или ненормального развития социальных навыков, навыков владения языком, общения или навыков символической/образной игры в возрасте до 3 лет И Результаты адаптивной оценки, показывающий более 2 стандартных отклонений ниже среднего уровня по одной из следующих шкал: Шкала Вайнленда; или SIB-R за прошедшие 3 года; или ICAP за прошедшие 2 года</p>

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ	ДИАГНОЗ, ПОСТАВЛЕННЫЙ СООТВЕТСТВУЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТОМ	СУЩЕСТВЕННОЕ ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ ОСНОВАНИЕ
<p>Другие неврологические заболевания</p> <p>WAC 388-823-0600 - 388-823-0615</p>	<p>Расстройство центральной нервной системы, диагностированное терапевтом, имеющим лицензию</p>	<p>Значение полномасштабного показателя IQ, свидетельствующее о не менее чем 1 1/2 стандартных отклонений ниже среднего уровня</p> <p>И</p> <p>Подтверждение необходимости постоянного оказания физической помощи при выполнении одного или нескольких из следующих действий: пользование туалетом, ванной, прием пищи, одевание, перемещение или общение.</p>
<p>Прочие заболевания</p> <p>WAC 388-823-0700</p> <p>WAC 388-823-0710</p>	<p>Заболевание или приступ, приводящий по определению к нарушению умственных и адаптивных навыков, диагностированный терапевтом или психологом, имеющим лицензию</p> <p>И</p> <p>Возникшее вследствие неврологического заболевания, расстройства центральной нервной системы или хромосомного нарушения</p>	<p>Значение полномасштабного показателя IQ, свидетельствующее о не менее чем 1 1/2 стандартных отклонений ниже среднего уровня, или</p> <p>Подтверждение значительных задержек в учебе</p> <p>И</p> <p>Отсутствие подтверждения не связанных заболеваний или нарушений, влияющих на адаптивное функционирование</p> <p>И</p> <p>Результат адаптивной оценки, показывающий более 2 стандартных отклонений ниже среднего уровня по одной из следующих шкал:</p> <p>Шкала Вайнленда; или</p> <p>SIB-R за прошедшие 3 года; или</p> <p>ICAP за прошедшие 2 года</p>
<p>Состояние, требующее оказания интенсивной медицинской помощи (только для лиц до 17 лет)</p> <p>WAC 388-823-0700(2)</p> <p>WAC 388-823-0710(2)</p>	<p>Не определено</p> <p>Не определено</p>	<p>Право на участие в Программе интенсивной медицинской помощи на дому департамента DSHS (DSHS Medically Intensive Home Care Program)</p>